



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αίτηση για Επιδότηση

σύμφωνα με το

**Σχέδιο Επιδότησης για αντιμετώπιση της
Υπογονιμότητας**

ΓΙΑ ΖΕΥΓΑΡΙΑ

Αιτήσεις γίνονται δεκτές εντός 4 μηνών από την

ολοκλήρωση της θεραπείας

**Το συμπληρωμένο έντυπο πρέπει να παραδοθεί ή να αποσταλεί με την
ένδειξη:**

«Επιδότηση για Σκοπούς Αντιμετώπισης Υπογονιμότητας» στη διεύθυνση:

Υπουργείο Υγείας , 1448 Λευκωσία

Για περισσότερες πληροφορίες αποστείνετε στο τηλέφωνο 22605300-22605711

Η διαχείριση των δεδομένων που κατατίθενται στην αίτηση γίνεται σύμφωνα με τον «Ο Περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμος του 2001 (138(I)/2001)»

Μέρος Α

(Συμπληρώνεται από τον Θεράποντα Ιατρό)

Για Ζευγάρια

Ονοματεπώνυμο Αιτήτριας	
Αρ. Ταυτότητας	
Ηλικία	
Ονοματεπώνυμο Συζύγου	
Αρ. Ταυτότητας	
Ηλικία	

Ιατρικό Ιστορικό (παρακαλώ δώστε στοιχεία)

Αριθμός Αποβολών-Εκτρώσεων	
Αριθμός Τοκετών	
Αριθμός Παιδιών	
Στείριότητα στην γυναίκα	
Στείριότητα στον άνδρα	
Στείριότητα και στους δύο	
Πρωτοπαθής Στείριότητα	
Δευτεροπαθής Στείριότητα	

Προηγούμενες προσπάθειες με μεθόδους Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής
(αποτελέσματα).....

.....

Όνομα Μονάδας Υποβοηθούμενης αναπαραγωγής που διενεργήθηκαν

.....

Άλλες σημαντικές πληροφορίες

.....

Σύσταση μεθόδου θεραπείας

IVF		
ICSI		
Χρήση Δότη/ Δότριας γαμετών		
Παρένθετη Μητρότητα		
Κρυοσυντήρηση Ωαρίων		
Σε περίπτωση γυναίκας άνω των 35 ετών έως 43 ετών διευκρινίστε τους λόγους	Ιατρικός λόγος	Διατήρηση γονιμότητας
Σε περίπτωση γυναίκας κάτω των 35 ετών	Ιατρικός λόγος Μόνο (Να επισυναφθεί Ιατρική Βεβαίωση)	

Αριθμός προηγούμενων επιδοτημένων θεραπειών:

Στοιχεία και Υπεύθυνη Δήλωση Θεράποντος Ιατρού

Ονοματεπώνυμο.....

Ειδικότητα.....

Τηλέφωνο Ιατρού.....Κινητό.....

Διεύθυνση.....

.....

Δηλώνω ότι έχουν τηρηθεί όλες οι πρόνοιες του Περί της Εφαρμογής της Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής 2015 (69 (I)2015), όπως εκάστοτε τροποποιείται.

ΥπογραφήΗμερομηνία.....

Μέρος Β

ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ	
Εγκρίνεται/δεν εγκρίνεται η επιδότηση	
Σχόλια:	
.....	
Μέλη Επιτροπής	
.....	
.....	
.....	

Βεβαίωση Θεράποντος Γιατρού και Εργαστηρίου Εξωσωματικής Γονιμοποίησης προς το Υπουργείο Υγείας

Βεβαιείται ότι η κα.....(όνομα-επίθετο)

με Αρ.Δελτίου Ταυτότητας.....

ολοκλήρωσε θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης

στις(ημερομηνία)

Και υποβλήθηκε σε (συμπληρώστε και σημειώστε ν)

A	Ωοληψία (ημερομηνία / /) – δημιουργία εμβρύων (τεχνητή γονιμοποίηση) – εμβρυομεταφορά (ημερομηνία / /)	
B	1) Ωοληψία (ημερομηνία / /) - δημιουργία εμβρύων (τεχνητή γονιμοποίηση)– κρυοσυντήρηση (ημερομηνία / /)	
	2) Ωοληψία (ημερομηνία / /) - ακύρωση δημιουργίας εμβρύων	
Γ	Ωοληψία (ημερομηνία / /) - κρυοσυντήρηση ωαρίων	
Δ	Εμβρυομεταφορά (ημερομηνία / /) με κρυοσυντηρημένα έμβρυα. Ημερομηνία ωοληψίας του κύκλου από τον οποίο δημιουργήθηκαν τα εν λόγω έμβρυα (.... / /)	
Ε	Φυσικός Κύκλος (ημερομηνία / /)	
Ζ	Φυσικός Κύκλος (ημερομηνία / /) χωρίς να ολοκληρωθεί με εμβρυομεταφορά	
Η	Δημιουργία εμβρύων (Τεχνητή γονιμοποίηση) και Εμβρυομεταφορά από κρυοσυντηρημένα ωάρια (ημερομηνία / /)	
Θ.	Δημιουργία εμβρύων(Τεχνητή γονιμοποίηση) από κρυοσυντηρημένα ωάρια (ημερομηνία / /) χωρίς να ολοκληρωθεί με εμβρυομεταφορά	

Θεράπων Ιατρός.....(όνομα-επίθετο)

Υπογραφή θεράποντος ιατρού.....

Κλινική- Μονάδα Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

.....

(όνομα μονάδας)

Εμβρυολογικό Εργαστήριο

.....(όνομα εργαστηρίου)

Υπεύθυνος Εμβρυολόγος.....(όνομα-επίθετο)

Υπογραφή Εμβρυολόγου.....

(ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ Η ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΣΦΡΑΓΙΔΑΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ)

Σημείωση: Να επισυναφθούν εκθέσεις από αυτή τη θεραπεία καθώς και όλες τις προηγούμενες θεραπείες.

Μέρος Γ

(Συμπληρώνεται από τους αιτητές)

Γυναίκα

ΌνομαΕπώνυμο.....

Ημερ.Γεννήσεως.....Αρ.Ταυτότητας.....

Διεύθυνση

Οδός.....Αριθμός.....

Πόλη/Χωρίο.....Ταχ.Κωδικας.....

Τηλέφωνα Οικίας.....Εργασίας.....Κινητό.....

Ηλεκτρονική Διεύθυνση:.....

Υπογραφή.....

Άνδρας

ΌνομαΕπώνυμο.....

Ημερ.Γεννήσεως.....Αρ.Ταυτότητας.....

Διεύθυνση

Οδός.....Αριθμός.....

Πόλη/Χωρίο.....Ταχ.Κωδικας.....

Τηλέφωνα Οικίας.....Εργασίας.....Κινητό.....

Ηλεκτρονική Διεύθυνση:.....

Υπογραφή.....

Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχουμε καταθέσει είναι αληθή και γνωρίζω τις συνέπειες του Νόμου για κατάθεση ψευδών στοιχείων. (σημειώστε V)



Εγώ/ Εμείς ο/η/οι κάτωθι υπογράφων/τες με την παρούσα, σας **εξουσιοδοτώ/ούμε** όπως στο εξής, καταβάλλετε με έμβασμα, ηλεκτρονικά, στον πιο κάτω τραπεζικό λογαριασμό, οποιαδήποτε ποσά καθίστανται πληρωτέα, προς εμένα/εμάς από οποιαδήποτε Κυβερνητική Υπηρεσία, μέσω του **Ολοκληρωμένου Συστήματος Διοικητικής και Οικονομικής Πληροφόρησης του Γενικού Λογιστηρίου (FIMAS)**.

Για το σκοπό αυτό παραθέτω/ουμε πιο κάτω, τα ελάχιστα απαραίτητα στοιχεία **του Τραπεζικού Λογαριασμού που τηρείται σε Ευρώ**. Επιπρόσθετα επισυνάπτω, φωτοαντίγραφο μέρους της κατάστασης του τραπεζικού μου λογαριασμού/ βεβαίωση από την Τράπεζα, όπου παρουσιάζονται το όνομα της Τράπεζας, ο κάτοχος/δικαιούχος του λογαριασμού και ο διεθνής αριθμός του λογαριασμού μου /μας (**IBAN – International Bank Account Number**).

Η παρούσα εξουσιοδότηση ισχύει μέχρι νεότερης άλλης εξουσιοδότησης από εμένα/εμάς.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ / ΟΝΟΜΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ (για Φυσικά Πρόσωπα)	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ (για Εταιρείες)	
Αριθμός Φ.Π.Α	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ (email address) (για αποστολή των λεπτομερειών πληρωμών)	
ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (Οδός και αριθμός ή Ταχυδρομική Θυρίδα)	
ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ	
ΠΟΛΗ / ΧΩΡΙΟ	
ΟΝΟΜΑ ΤΡΑΠΕΖΑΣ	

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ (IBAN) (βλ. σημείωση 1)[illegible]

Υπογραφή Εξουσιοδοτούντος

Όνομα Εξουσιοδοτούντος (σε περίπτωση νομικού προσώπου)

Ημερομηνία: ____ / ____ /20__

(Σφραγίδα-βλ. σημείωση 2)

ΣΑΥ-01-Z1

Σημειώσεις:

1. Ο τραπεζικός λογαριασμός πρέπει να ανήκει στο όνομα του δικαιούχου που θα πληρωθεί. Αποδεκτός λογαριασμός γίνεται και στην περίπτωση που φυσικό πρόσωπο/δικαιούχος κατέχει κοινό λογαριασμό με άλλο φυσικό πρόσωπο, νοουμένου ότι, στο φωτοαντίγραφο της κατάστασης του τραπεζικού λογαριασμού ή της βεβαίωσης από την τράπεζα που θα επισυναφθεί στην παρούσα εξουσιοδότηση, θα φαίνεται και το όνομα του δικαιούχου που θα πληρωθεί.

Σε περίπτωση που ο δικαιούχος είναι νομικό πρόσωπο, τότε απαραίτητα ο λογαριασμός θα πρέπει να ανήκει αποκλειστικά στο ίδιο το νομικό πρόσωπο και όχι από κοινού με άλλα πρόσωπα.

2. Σε περίπτωση νομικού προσώπου, η εξουσιοδότηση αυτή γίνεται αποδεκτή όταν ικανοποιείται μία από τις κάτω επιλογές:

- Με Χειρόγραφη υπογραφή αντιπροσώπου του νομικού προσώπου και υποχρεωτικά σφραγισμένη με τη σφραγίδα του νομικού προσώπου στο μέρος δίπλα από το όνομα του εξουσιοδοτούντος.
- Με Ηλεκτρονική υπογραφή φυσικού προσώπου, κατόχου Πιστοποιητικού ηλεκτρονικής υπογραφής για φυσικό πρόσωπο που λειτουργεί ως εκπρόσωπος του νομικού προσώπου. Σε αυτή την περίπτωση δεν είναι απαραίτητη η ηλεκτρονική σφραγίδα του νομικού προσώπου.
- Με Ηλεκτρονική υπογραφή φυσικού προσώπου, κατόχου Πιστοποιητικού ηλεκτρονικής υπογραφής για φυσικό πρόσωπο (όχι ως εκπρόσωπος του νομικού προσώπου) και υποχρεωτικά σφραγισμένη με την ηλεκτρονική σφραγίδα του νομικού προσώπου στο μέρος δίπλα από το όνομα του εξουσιοδοτούντος.

3. Το παρόν έντυπο, μαζί με οποιαδήποτε επισυναπτόμενα έγγραφα, δύναται να αποσταλούν:

- Ταχυδρομικώς ή να παραδοθούν με το χέρι στη διεύθυνση: Γενικό Λογιστήριο της Δημοκρατίας, 1441 Λευκωσία, νοουμένου ότι υποβληθεί με χειρόγραφη υπογραφή; ή
- Μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην ηλεκτρονική διεύθυνση fimas@treasury.gov.cy, νοουμένου ότι έχει υπογραφεί με κατάλληλα πιστοποιημένη ηλεκτρονική υπογραφή.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία που παρέχονται στη δήλωση, καθώς και τα πιστοποιητικά/έγγραφα που συνυποβάλλονται, είναι αληθή και εξουσιοδοτώ το Υπουργείο Υγείας να τα επαληθεύσει σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες αρχές της Δημοκρατίας, όσα από τα στοιχεία της αίτησης μου κρίνουν απαραίτητα.

Δηλώνω ότι με το παρόν συγκατατίθεμαι και εξουσιοδοτώ την αρμόδια αρχή (Υπουργείο Υγείας) όπως τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που αφορούν και περιλαμβάνονται στην αίτηση μου για επιδότηση τηρούνται και τυγχάνουν νόμιμης επεξεργασίας κατά την έννοια του Κανονισμού(ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 όπως ισχύει, από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας που είναι το Υπουργείο Υγείας, για σκοπούς εξέτασης της αίτησης μου/μας για επιδότηση. Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό του Υπουργείου Υγείας. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί το Υπουργείο Υγείας μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται μεταξύ των εμπλεκόμενων κυβερνητικών υπηρεσιών, νοουμένου ότι η διαχείριση και επεξεργασία τους θα γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια και θα υπόκειται στις σχετικές διατάξεις του κανονισμού(ΕΕ)2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου.

Δηλώνω ότι έχουν τηρηθεί όλες οι πρόνοιες του Περί της Εφαρμογής της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής 2015 (69 (I)2015), όπως εκάστοτε τροποποιείται.

Ημερομ.:/...../.....

Υπογραφή (αιτήτριας).....

Υπογραφή (συζύγου/συντρόφου).....

Για να είναι δυνατή η διεκπεραίωση της αίτησης σας, θα πρέπει απαραίτητα να είναι πλήρως συμπληρωμένη και να επισυνάψετε τα ακόλουθα στοιχεία:

1	Αντίγραφο των ταυτοτήτων του ζευγαριού ή και αντίγραφο της άδειας παραμονής του ζευγαριού στην Κύπρο(IRC yellow page)
2	Αντίγραφο του Πιστοποιητικού Γάμου ή Συμφώνου Συμβίωσης ή Ένορκου Δηλώσεως
3	Ισχύει για το ζευγάρι: Το έντυπο «Αμοιβαία Αποδοχή Εγγραφής σε Κατάλογο Δικαιούχων Προσωπικού Ιατρού» το οποίο υπογράφεται στο Ιατρείο του Προσωπικού Ιατρού (ΠΙ) από τον ΠΙ και τον Δικαιούχο με ημερομηνία πριν από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης ή Την ηλεκτρονική ειδοποίηση με τίτλο «GHS- Αίτημα Εγγραφής σε προσωπικό Ιατρό /Registration request to Personal Doctor» που λαμβάνουν μετά την ολοκλήρωση της εγγραφής στο ΓεΣΥ με ημερομηνία πριν από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης. (Η πιο πάνω ειδοποίηση αποστέλλεται στο λογαριασμό στην Πύλη Δικαιούχων και στο email του χρήστη που έχει υποβάλει το αίτημα εγγραφής στο ΓεΣΥ).
4	Αντίγραφο της άδειας που έχει εξασφαλιστεί από το Συμβούλιο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και αφορά: Ζευγάρια που έχουν καταφύγει σε μέθοδο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με παρένθετη μητέρα.
5	Σε περίπτωση κρυοσυντήρησης ωαρίων να προσκομιστεί αντίγραφο της δήλωσης που κατατίθεται στη Μονάδα Εξωσωματικής Θεραπείας από την αιτήτρια, ότι τα κρυοσυντηρημένα ωάρια είναι για ίδια χρήση μόνο.
6	Βεβαίωση από την Τράπεζα της αιτήτριας που να φαίνεται ο αριθμός λογαριασμού και ο αριθμός IBAN. (ο λογαριασμός μπορεί να είναι και κοινός λογαριασμός της αιτήτριας με άλλο πρόσωπο)
7	Έντυπο εξουσιοδότησης πληρωμής από το FIMAS, πλήρως συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο από την αιτήτρια (πρωτότυπο)
8	Για ζευγάρια που αιτούνται επιδότηση για θεραπείες θα προσκομίζονται οι αποδείξεις πληρωμής για επιδότηση μέχρι το εγκεκριμένο ποσό σύμφωνα με τη θεραπεία.
9	Για ζευγάρια που αιτούνται επιδότηση λόγω της Νόσου του Huntington ή άλλων γενετικών παθήσεων (σύμφωνα με τον κατάλογο του Υπουργού Υγείας) να προσκομίζεται, επιβεβαιωμένος γενετικός έλεγχος φορέας του γονιδίου της νόσου τουλάχιστον ενός από τους συντρόφους και τιμολόγιο πληρωμής προεμφυτευτικής γενετικής διάγνωσης.

Συμπλήρωση Όλων Των Πεδίων Της Αίτησης και Όλα τα Συνυποβάλλοντα Έγγραφα είναι απαραίτητα. Στις περιπτώσεις που διαπιστώνεται μη συμμόρφωση με τη Νομοθεσία, θα ενημερώνεται το Συμβούλιο Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και η Αρμόδια Αρχή.

Αιτήσεις που κατατίθενται με ελλιπή στοιχεία, δεν είναι δυνατόν να διεκπεραιωθούν. Σε περίπτωση αποστολής αίτησης με ελλιπή στοιχεία από την ημέρα ενημέρωσής σας για το γεγονός καλείστε εντός 15 ημερολογιακών ημερών δεν συμπληρωθούν τα απαιτούμενα πεδία ή στοιχεία. Διαφορετικά η αίτηση θα θεωρείται ως ΜΗ ΛΗΦΘΕΙΣΑ.